



Mẫu Đơn Yêu Cầu Xác Nhận Tình Trạng Sức Khỏe/Khuyết Tật Documentation Request for Medical/Disability Condition

Kính gửi Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế:

_____ (tên khách hàng) đã cho chúng tôi biết vì lý do sức khỏe nên khó có thể tham gia vào các hoạt động của WorkFirst bao gồm tìm việc, chuẩn bị làm việc, tham gia các lớp học, học nghề, hoặc làm việc.

Xin vui lòng điền vào mẫu đơn đính kèm để mô tả cụ thể những hạn chế đó.

Chúng tôi sẽ sử dụng thông tin này để xác định mức độ tham gia, tối đa là 40 giờ mỗi tuần để tìm việc, chuẩn bị làm việc, tham gia các lớp học, học nghề, hoặc làm việc.

Xin vui lòng cung cấp thông tin cho chúng tôi trước ngày _____ (thời hạn cuối cùng). Nếu chúng tôi không nhận được bất kỳ thông tin nào của quý vị, chúng tôi có thể yêu cầu tham gia toàn thời gian, có thể lên đến 40 giờ mỗi tuần đối với các loại hoạt động nêu trên.

Nếu quý vị có điều gì thắc mắc hoặc cần thêm thời gian để gửi thông tin cho chúng tôi, xin vui lòng gọi cho tôi theo số điện thoại _____ (số điện thoại của nhân viên xã hội).

Cám ơn,

Tên của Nhân Viên Xã Hội



WORKFIRST

Mẫu Đơn Yêu Cầu Xác Nhận Tình Trạng Sức Khỏe/Khuyết Tật Documentation Request for Medical/Disability Condition

TÊN KHÁCH HÀNG	SỐ NHẬN DẠNG CỦA KHÁCH HÀNG
TÊN NHÂN VIÊN CỦA WORKFIRST	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ VĂN PHÒNG PHỤC VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO)	

Nhằm giúp cơ quan này xác định (các) hạn chế của người có tên trên, xin vui lòng cung cấp những thông tin sau đây:

- Người này có các vấn đề cụ thể về thể chất, tinh thần, tình cảm, hoặc phát triển cần phải điều chỉnh cho thích hợp hoặc xem xét riêng biệt không? Có Không Nếu có, cho biết loại bệnh hoặc kết quả chẩn đoán:

Bệnh này có được xác nhận bằng các báo cáo xét nghiệm, thử nghiệm, v.v... không? Có Không Nếu có, xin gởi kèm theo các tài liệu.

- Căn bệnh có hạn chế khả năng làm việc của người đó không (như nâng các vật nặng, đứng hoặc ngồi trong thời gian dài, làm theo các hướng dẫn, cúi người xuống, với cao, tập trung trong thời gian dài, các động tác lặp đi lặp lại, giao tiếp với mọi người, và/hoặc tiếp xúc với hóa chất, các chất tổng hợp, v.v...)? Có Không

Nếu có, mô tả cụ thể các hạn chế:

Nếu có, người này chỉ nên tham gia trong khoảng thời gian hạn chế sau đây mỗi tuần:

0 giờ (không thể tham gia) 1 – 10 giờ 11 – 20 giờ 21 – 30 giờ 31 – 40 giờ.

- Căn bệnh có hạn chế khả năng tham gia của người đó vào các hoạt động liên quan đến việc chuẩn bị làm việc, tìm việc không (như tham các lớp học, học nghề đòi hỏi phải ngồi trong thời gian dài, điền các đơn xin việc đòi hỏi trí nhớ, khả năng đọc/viết, thu thập thông tin, hẹn gặp và giữ đúng hẹn, sử dụng phương tiện đi lại, xếp hàng, tham gia phỏng vấn, hoặc tuân theo bản kế hoạch làm việc, và/hoặc tự đề cử mình)?

Có Không

Nếu có, mô tả hạn chế như thế nào:

Nếu có, người này chỉ nên tham gia trong khoảng thời gian hạn chế sau đây mỗi tuần:

0 giờ (không thể tham gia) 1 – 10 giờ 11 – 20 giờ 21 – 30 giờ 31 – 40 giờ.

- Người này có bị hạn chế trong việc nâng nhắc đồ vật không? Có Không

Nếu có, người này có những hạn chế sau đây:

- Công việc phải ngồi làm: Thường xuyên mang vác đến năm (5) pound và thỉnh thoảng mang tối đa 10 pound.
- Công việc nhẹ: Thường xuyên mang vác đến mười pound và thỉnh thoảng mang tối đa 20 pound.
- Công việc vừa: Thường xuyên mang vác đến 25 pound và thỉnh thoảng mang tối đa 50 pound.

5. Bệnh của người này có ảnh hưởng đến khả năng sử dụng các dịch vụ sau đây của họ không? (như sử dụng điện thoại, điều trị, hẹn gặp và giữ đúng hẹn, sử dụng các dịch vụ đi lại, tìm địa điểm của các dịch vụ)?
- Có Không

Nếu có, xin hãy mô tả:

6. Căn bệnh của người này sẽ hạn chế khả năng làm việc, tìm việc, hoặc huấn luyện làm việc trong bao lâu?

_____ Tuần _____ Tháng _____ Tình trạng này là vĩnh viễn.

7. Quý vị có kế hoạch điều trị cụ thể để chữa bệnh hoặc khuyết tật cho người này không? Có Không

Nếu có, xin mô tả kế hoạch điều trị.

8. Có vấn đề nào cần được đánh giá hoặc thẩm định thêm không? Có Không

Nếu có, xin mô tả loại đánh giá hoặc thẩm định và cho biết người này cần loại chuyên viên nào.

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ/CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN/CHUYÊN VIÊN KHÁC

CHỮ KÝ	NGÀY	SỐ ĐIỆN THOẠI
TÊN VIẾT BẰNG CHỮ IN		
ĐỊA CHỈ THƯ TÍN	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG WA MÃ VÙNG

CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi cho phép _____ được quyền cung cấp thông tin cho Department of Social and Health Services (Bộ Xã Hội và Y Tế) những thông tin trên mẫu đơn này và bất kỳ thông tin về hồ sơ sức khỏe chứng minh tôi không thể làm việc vì lý do bệnh tật, và chỉ dùng cho việc đánh giá khả năng tham gia của tôi vào Chương Trình WorkFirst. Tôi biết rằng những thông tin này bao gồm cả những kết quả xét nghiệm và điều trị về sức khỏe tâm thần, lạm dụng rượu và ma túy và Các Bệnh Lây Truyền Qua Đường Tình Dục (STD), kể cả HIV/AIDS, khi những điều này là một phần nội dung của hồ sơ. (Bộ Luật Tu Chính Washington (RCW) 78.24.105)

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN	NGÀY

HƯỚNG DẪN

Nhân Viên Xã Hội/Người Quản Lý Hồ Sơ của DSHS WorkFirst: Mục đích của mẫu đơn này là giúp quý vị triển khai một Individual Responsibility Plan (Kế Hoạch Nhiệm Vụ Cá Nhân), trong trường hợp căn bệnh hoặc tình trạng khuyết tật ảnh hưởng đến khả năng làm việc, tìm việc, tham gia đào tạo và/hoặc tiếp cận các dịch vụ. **Việc sử dụng mẫu đơn này là KHÔNG bắt buộc nếu như đang sử dụng các hồ sơ khác.** Quý vị có thể đưa mẫu đơn này cho đương đơn/người nhận để nhờ một nhà cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp thích hợp điền vào hoặc có thể gởi trực tiếp đến nhà cung cấp đó. Nếu quý vị chọn cách gởi mẫu đơn này, hãy đính kèm một bì thư ghi sẵn địa chỉ gồm có tên của quý vị nhằm bảo đảm mẫu đơn được gởi trả lại đúng người.

Khách hàng của DSHS: Mục đích của mẫu đơn này là thu thập thông tin từ nhà cung cấp dịch vụ y tế và điều này sẽ giúp cho Người Quản Lý Hồ Sơ hoặc Nhân Viên Xã Hội xem xét lại các vấn đề sức khỏe của quý vị và lập một Individual Responsibility Plan phù hợp nhất đối với những nhu cầu cụ thể và hạn chế của quý vị.

Bác Sĩ Điều Trị/Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế: Đối những khách hàng thành niên muốn nhận trợ cấp xã hội (TANF), họ cần phải làm việc, chủ động tìm việc, hoặc học nghề từ 32 đến 40 giờ mỗi tuần. Một số khách hàng không thể đáp ứng được yêu cầu này vì các vấn đề liên quan đến sức khỏe. Những khách hàng này tạm thời cần được hoãn các hoạt động làm việc, có thể tham gia nhưng được giới hạn số giờ, hoặc có thể cần tránh một số công việc. Xin vui lòng điền vào mẫu đơn này và đưa cho khách hàng hoặc gởi cho Người Quản Lý Hồ Sơ hoặc Nhân Viên Xã Hội của WorkFirst, dùng phong bì đính kèm HOẶC gởi cho chúng tôi bất kỳ giấy tờ, thư từ hoặc tài liệu chứng minh quý vị có nêu những hạn chế của người này trong các hồ sơ của của quý vị.